(Continuación)

servicios. Los médicos de guardia son médicos a quienes se les permite ("tienen privilegios") trabajar en un hospital, pero no tienen un contrato con él, y están de guardia para brindar servicios a los pacientes que no tienen sus propios proveedores. Todos los tipos de médicos trabajan como médicos de hospital o de guardia incluyendo, por ejemplo, médicos de la sala de emergencia, anestesiólogos y radiólogos.

Si su plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) está sujeto a las leyes de Maryland y su médico de hospital o de guardia acuerdan una asignación de beneficios, entonces el plan le enviará el pago al médico. Al médico de hospital o al de guardia se les pagará según la ley estatal y no puede facturarle el saldo. Sin embargo, usted aún tendrá que pagar cualquier deducible, copago o coaseguro.

¿Qué necesito saber sobre asignar mis beneficios a un proveedor externo a la red? Si tiene un plan PPO y un médico externo a la red, diferente al médico de hospital o al de guardia, que acuerda aceptar una asignación de beneficios de su parte, ese médico debe proporcionarle el siguiente aviso antes de prestarle sus servicios:

- Su médico no es parte de su red de asegurador de salud. Usted puede pagar más por los servicios prestados por su médico porque:
- El cargo de su médico puede ser mayor que la cantidad que su asegurador de salud pague y, por tanto, es posible que deba pagar la diferencia; y
- Su coaseguro, deducible y pago máximo de su bolsillo pueden ser mayores porque su médico no es parte de su red de asegurador de salud.
- Su médico puede cobrarle por servicios que no cubre su contrato de seguro de salud.
- Su médico le proporcionará la siguiente información antes de realizar los servicios:
- Una estimación del costo de los servicios;
- Cualquier término de pago que aplique; y
- Si su médico le cargará interés en cualquier saldo sin pagar y la cantidad del interés si los hubiere.

También se le pedirá que firme la siguiente declaración:

Yo, [nombre del paciente] recibí la información descrita anteriormente y autorizo a mi asegurador de salud a reembolsar a mi médico directamente por los servicios prestados [fecha de hoy].

14. ¿Qué ocurre si me transportan en ambulancia?

Los servicios de ambulancia que son propiedad de, son operados o están bajo la jurisdicción de una subdivisión política del estado (tal como un condado o un pueblo), o una compañía de fuerza voluntaria o un escuadrón de rescate, o tienen un contrato con una subdivisión política para prestar servicios, también pueden conseguir una asignación de beneficios. Las compañías de ambulancia pueden acordar una asignación de beneficios, pero la ley no les exige a los médicos que no son de hospital ni están de guardia, la misma divulgación.

15. ¿Cómo puedo apelar cuando mi compañía de seguros se niega a cubrirme?

Su compañía de seguros puede negarse parcial o completamente a una solicitud de autorización previa o a un reclamo por cobertura si los servicios no los cubre su plan de salud o si considera que los servicios no son médicamente necesarios. Por ejemplo, su compañía de seguros puede alegar que la atención debe ser bajo custodia, pero usted considera que es médicamente necesaria. Si piensa que su solicitud de una autorización previa o reclamo se negó por equivocación, puede presentar una apelación ante su compañía de seguros. Las instrucciones para presentar una apelación están en su póliza, y también se pueden encontrar en la carta de explicación de beneficios o en el resumen de beneficios y cobertura de su plan de salud.

La Unidad de Defensa y Educación en Salud de la División de Protección al Consumidor en la Oficina del Fiscal General puede ayudarlo a presentar una apelación. Puede enviarles un correo electrónico a heau@oag.state.md.us o llamar al 410-528-1840 o hacer una llamada gratuita al 1-877-261-8807 de lunes a viernes de 9 am a 4:30 pm. También puede presentar una queja en línea o por correspondencia. El sitio web para obtener más información es: *http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/ CPD/HEAU/default.aspx.*

Si su plan de salud está sujeto a las leyes de Maryland, también puede presentar una queja con la Administración de Seguros de Maryland (MIA) llamando al 410-468-2340 o haciendo una llamada gratuita al 1-800-492-6116. Por lo general, debe apelar la decisión a través del proceso de apelación de su plan de salud antes de presentar el reclamo con la MIA. Pero en ambas situaciones, usted puede presentar un reclamo ante la MIA incluso sin haber realizado el proceso de apelaciones de su plan de salud. Para obtener más información, revise: *http://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/FileAComplaint.aspx.*

Si su plan de salud no está sujeto a las leyes de Maryland, aún tiene derecho a una revisión externa de la decisión del plan de salud. Debe leer su póliza para conocer las instrucciones sobre cómo solicitar esta revisión o comunicarse con la Unidad de Defensa y Educación en Salud (Health Education and Advocacy Unit, HEAU) para solicitar ayuda con la presentación de la solicitud.

Para mayor información, visite el sitio web de la MIA en *www.insurance.maryland.gov*

La Administración de Seguros de Maryland (MIA) es la agencia estatal que regula el negocio de los seguros en el Estado de Maryland. Si tiene una pregunta sobre seguros o experimenta un problema, comuníquese con la MIA al 800-492-6116 o visite nuestro sitio web en *www.insurance.maryland.gov.*

Esta guía para el consumidor debe usarse sólo para fines educativos. No tiene como objetivo proporcionar asesoramiento u opiniones legales sobre la cobertura incluida en una póliza o un contrato específico. Tampoco debe interpretarse como un aval de ningún producto, servicio, persona u organización mencionada en la misma.

Esta publicación fue producida por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre cuestiones relacionadas con los seguros y programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material con derechos reservados que se utilizó con el permiso del propietario de tales derechos. Su publicación en el presente documento, sin embargo, no autoriza el uso o la apropiación de dicho material con derechos reservados, sin consentimiento del autor.

Todas las publicaciones emitidas por la MIA están disponibles sin costo en el sitio web de la MIA, o a pedido. La publicación puede reproducirse en su totalidad sin requerir permiso a la MIA, siempre que el texto y el formato no se alteren ni enmienden de ninguna manera, y que no se cobre un cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben quedar claramente visibles, y en la reproducción no puede aparecer ningún otro nombre; ni siquiera el de la compañía o agente que reproduce la publicación. No se permiten reproducciones parciales sin previo consentimiento por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Las solicitudes se deben enviar por escrito al Director de Communicaciones a la dirección que se muestra a continuación.

Maryland
INSURANCE ADMINISTRATION
200 St. Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000
800-492-6116
800-735-2258 TTY
www.insurance.maryland.gov

www.facebook.com/MdInsuranceAdmin
www.twitter.com/MD_Insurance
www.instagram.com/marylandinsuranceadmin

(11/19)

PREGUNTAS FRECUENTES PARA AYUDARLE A COMPRENDER SU COBERTURA DE SEGURO MÉDICO Y EL PROCESO DE RECLAMOS

Maryland
INSURANCE ADMINISTRATION

PREGUNTAS FRECUENTES PARA AYUDARLO A COMPRENDER SU COBERTURA DE SEGURO MÉDICO Y EL PROCESO DE RECLAMOS

1. ¿Por qué necesito comprender mi cobertura de seguro médico?

Los planes de salud cubren tratamiento para lesión o enfermedad. Es posible que su plan de salud no cubra todos los servicios de atención de salud que pudiera necesitar. Por ejemplo, existen límites en el número de consultas para terapia física o el número de días que cubre en un centro de enfermería especializada. Incluso si su médico dice que aún necesita esos servicios, si su plan tiene un límite, no pagará por el tratamiento una vez alcanzado el límite.

Puede evitar gastos inesperados por servicios de salud que no cubre su plan de salud, familiarizándose con las especificaciones de su plan de salud y planificando un presupuesto. Cuando lo planifique, asegúrese de considerar los pagos de primas, copagos y cualquier cargo que no cubra su seguro, incluyendo cantidades por encima del límite de su póliza.

La mejor manera de asegurarse que está al tanto de lo que cubre su plan es leyendo cuidadosamente su póliza y pedirle a su compañía o productor de seguros (también conocido como agente o corredor de seguros) que le explique cualquier cosa que no entienda. Su plan de salud es un contrato que cubre solo los servicios y suministros especificados. Si usted o un miembro de su familia necesitan tratamiento, debe ver el esquema de beneficios en su póliza, para determinar si aplica algún límite, o comuníquese con su compañía o productor de seguros.

2. ¿Qué es un proveedor dentro de la red?

Estos son proveedores que tienen contratos con su compañía de seguros. Si recibe servicios de un proveedor dentro de la red que cubre el seguro, por lo general, usted sólo tendrá que pagar su deducible y cualquier copago o coaseguro que aplique. El proveedor no le facturará el saldo.

3. ¿Qué es un proveedor fuera la red?

Estos son proveedores que no tienen contratos con su compañía de seguros. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red que cubre el seguro, la compañía de seguros puede pagar solo una parte o incluso ninguno de los cargos, dependiendo de los términos de su póliza. Además, su copago o coaseguro puede ser mayor que si los servicios hubieran sido prestados por un proveedor dentro de la red.

4. ¿Cómo sé si un proveedor está "dentro de la red" o "fuera de la red"?

Revise el directorio en línea de proveedores de su plan de salud o llame a su compañía de seguros. También puede llamar a su proveedor directamente. Asegúrese de que conoce el tipo de plan de salud que tiene. Si se le dice que un proveedor "participa" o "acepta" pagos directamente de usted.

5. ¿Puedo recibir servicios de un proveedor fuera de la red?

Depende del tipo de plan de salud que tenga.

- Algunos planes solo le permiten recibir servicios de proveedores fuera de la red si tiene una emergencia o si no tiene control sobre el proveedor que usted consulta (como cuando estando hospitalizado, recibe servicios de un proveedor fuera de la red en un hospital que está dentro de la red) o necesita un cierto tipo de especialista y no hay especialista disponible en la red del plan de salud. Esto es muy común si tiene un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO).
- Algunos planes de salud con frecuencia llamados Organizaciones de Proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), le permiten consultar a cualquier proveedor incluso si el proveedor está fuera de la red.

Debe revisar el esquema o resumen de beneficios de su plan de salud. También puede comunicarse con el departamento de recursos humanos de su empleador o al de su plan de salud para obtener esta información.

6. ¿Qué tendré que pagar si recibo servicios de un proveedor que está fuera de la red?

Es posible que pague más si recibe servicios de un proveedor que está fuera de la red que si recibe el mismo servicio de un proveedor dentro de la red.

- Si su plan de salud no cubre proveedores fuera de la red, usted será responsable por el costo completo de los servicios.
- Si tiene un plan PPO, la compañía de seguros pagará la cantidad permitida por los servicios cubiertos, pero es posible que usted deba hacerse responsable por mayores montos de copago, deducible o coaseguro. Es posible que también deba hacerse responsable por la diferencia entre el cargo facturado por el proveedor y la cantidad permitida por el PPO (es decir, la factura del saldo).

7. ¿Qué es una "cantidad permitida"?

Cantidad máxima que la compañía de seguros usará cuando decida pagar por un servicio de atención de salud cubierto. Se suele conocer como "subvención de pago" o "tarifa negociada". También es la base para calcular su coaseguro, el cual es el porcentaje de la cantidad permitida de la cual usted es responsable por pagar. La cantidad permitida será descrita en su póliza o certificado de cobertura. Puede basarse en una tarifa programada, una base de datos o un porcentaje de lo que paga Medicare. Es posible que tenga que pagar la diferencia si un proveedor le carga más de la cantidad permitida y el proveedor no está "dentro de la red".

8. ¿Está permitido que los proveedores me facturen por sus servicios?

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que está fuera de la red y el costo de los servicios es mayor que la cantidad permitida que paga su plan de salud, el proveedor puede facturarle la diferencia. En algunas circunstancias, estará protegido de la facturación del saldo. Por ejemplo, si fue tratado por un proveedor autorizado en Maryland en una sala de emergencia, la ley puede protegerlo. Si tiene una opción de proveedores y elige uno fuera de la red, es posible que tenga que pagar la cantidad total de la factura del proveedor.

9. ¿Cómo pago a un proveedor que está "fuera de la red"?

Por lo general, un proveedor que está fuera de la red le facturará directamente por los servicios. Por tanto, no tendrá necesidad de presentar un reclamo con su plan de beneficios de salud para que se le reembolse la cantidad permitida por los beneficios cubiertos. Según las leyes de Maryland, usted tiene 90 días para presentar su reclamo, vigente desde el 1 de enero de 2017, usted tendrá dos años para presentar un reclamo si no fue razonablemente posible presentarlo en un año.

Si el proveedor está dispuesto y su plan de beneficios de salud le permite recibir atención de un proveedor fuera de la red, es posible que deba firmarle una "asignación de beneficios" al proveedor.

10. ¿Cómo consigo una autorización previa para servicios de atención de salud?

Para comenzar el proceso de obtener una autorización previa, primero llame al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación del seguro de salud del paciente.

La compañía de seguros le preguntará qué servicios desea recibir, cuándo y qué centro le gustaría utilizar. La compañía de seguros le dirá qué documentos necesita para decidir la autorización previa del servicio de atención de salud. Maryland obliga a que las compañías de seguros acepten un formulario de plan de tratamiento uniforme del proveedor si el plan de salud está sujeto a las leyes del estado. Un formulario de plan de tratamiento uniforme es un documento que el proveedor utiliza para registrar la información necesaria para que la compañía de seguros decida si preautorizará para los servicios solicitados o el centro.

En el caso de salud mental, trastornos de la salud emocional y emergencias por trastornos por uso de sustancias, si un paciente está en riesgo inminente para sí mismo o para otras personas, y el médico o psicólogo y un miembro del personal médico del centro con privilegios de admisión le hacen la determinación de su enfermedad, entonces una compañía de seguros no puede negar las primeras 24 horas de su admisión, basada en la necesidad médica. Notifique a la compañía de seguros cuanto antes.

Para la admisión a hospitalización en emergencia para tratamiento de una enfermedad mental, trastorno de salud emocional o trastorno por uso de sustancias, la compañía de seguros debe tomar la decisión de otorgar la autorización previa del tratamiento en un plazo de 2 horas después de recibir los documentos solicitados.

Si la compañía de seguros niega la solicitud de admisión, llame a la Administración de Seguros de Maryland (Maryland Insurance Administration, MIA) al 1-800-492-6116. La MIA está disponible 24 horas al día para reclamos de emergencias cuando no se ha prestado la atención. En una emergencia, la MIA tomará la decisión en 24 horas.

Si la MIA no regula su plan de salud, su reclamo se enviará a la agencia que regule el plan.

Una compañía de seguros no está permitido tomar represalias contra un proveedor por presentar una apelación de una negación contra la compañía de seguros o un reclamo con la MIA.

La Unidad de Defensa y Educación en Salud de la División de Protección al Consumidor en la Oficina del Fiscal General también está disponible para ayudarlo a presentar una apelación o reclamo. Llame al 410-528-1840 (en Baltimore) o al 1-877-261-8807.

Si piensa que su compañía de seguros no está cumpliendo con la ley o ha negado una admisión a emergencia, llame a la Administración de Seguros de Maryland al 1-800-492-6116.

11. ¿Cuánto debo pagar por mi visita anual al médico?

Usted no necesita cumplir su deducible antes de recibir servicios preventivos de un proveedor dentro de la red. Tampoco tiene que pagar un copago o coaseguro por servicios preventivos que reciba de un proveedor dentro de la red. Los servicios preventivos incluyen exámenes y vacunas, así como otros servicios. Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos sin costo para usted, revise su póliza o comuníquese con su compañía de seguros. Usualmente, los servicios preventivos no incluyen consultas diagnósticas ni de seguimiento ni servicios por problemas. Si usted consulta a su proveedor de atención de salud y discute un problema de salud, se le puede cargar su deducible o coaseguro o copago por la parte de la consulta que tiene que ver con el problema, incluso si la razón de la consulta fue preventiva.

12. ¿Qué es una "asignación de beneficios"?

Una asignación de beneficios es un contrato legal utilizado para transferir los derechos a beneficios de un plan de atención de salud de usted (el asegurado) a un proveedor de atención de salud. Si existe una asignación de beneficios, el plan de salud pagará su porción de la tarifa (los beneficios) directamente al proveedor. Se elimina la necesidad de que usted le pague al proveedor y luego busque el reembolso de la cantidad permitida en su póliza. Sin embargo, recuerde que aun así le puede deber al proveedor un copago, coaseguro y el balance entre la cantidad permitida y la cantidad facturada por el proveedor, el balance de la factura. Las compañías de ambulancias también pueden acordar una asignación de beneficios. Puede preguntarle al proveedor por dicho acuerdo o el proveedor puede pedirle que firme uno.

13. ¿Qué ocurre si debo ir al hospital y no puedo controlar quién me trata?

Sea que la visita al hospital sea planificada o no, no siempre podrá elegir el proveedor que le brinde los servicios, y puede que lo trate un médico del hospital o un médico de guardia durante una parte o todo el tratamiento. Los médicos del hospital son médicos que trabajan directamente para el hospital o para un grupo de práctica privada que tiene un contrato con el hospital para brindar